2.

Réflexions cliniques et opératoires sur 73 cas de cancérose de l'appareil urinaire.

Par

M. le Dr. F. **Cathelin**,
Chirurgien en Chef de l'Hôpital d'Urologie, ancien Chef de Clinique et Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

(Avec 4 figures dans le texte.)

Sonderabdruck aus
FOLIA UROLOGICA
Internationales Archiv für die Krankheiten der Harnorgane.
Herausgegeben von JAMES ISRAËL, Berlin, Artur Kollmann, Leipzig, Gustav Kulisch, Halle, Paul Wagner, Leipzig.
Verlag von Dr. Werner Klinkhardt, Leipzig.
Band V, 1910

Réflexions cliniques et opératoires sur 73 cas de cancérose de l'appareil urinaire.[1])

Par

M. le Dr. **F. Cathelin,**

Chirurgien en Chef de l'Hôpital d'Urologie, ancien Chef de Clinique et Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

(Avec 4 figures dans le texte.)

La cancérose de l'appareil urinaire revêt une allure clinique très spéciale, du fait qu'il s'agit en général d'organes profonds, à fonction hautement différenciée et ne ressemblant pas dans l'ensemble aux signes généraux des autres cancers.

Pour chaque segment en particulier, l'évolution symptomatique et surtout le pronostic et l'acte opératoire diffèrent complètement ce qui donne un attrait tout particulier à une étude générale de la cancérose urinaire.

Nous étudierons donc dans ce travail tous les cas que nous avons eu l'occasion d'observer et d'opérer pendant une période de 3 années dans mon service de l'Hôpital d'Urologie de Paris, — sauf quelqu'uns plus anciens venant de ma pratique privée — et nous envisagerons successivement les cancers du rein, de la vessie, de la prostate et du pénis.

* * *

I. Cancérose rénale.

J'ai eu l'occasion d'observer complètement 11 cas de cancérose rénale et d'en opérer 8. (15 à la date du 1er Décembre 1910.)

6 fois il s'agissait de femmes et 5 fois d'hommes.

L'âge a varié de 5 ans à 60 ans, avec moyenne de 50 à 60 ans.

6 fois le R G a été en cause; 5 fois le R D.

Comme forme clinique, on a senti une tumeur sous-costale dans 7 cas; dans 2 autres cas, un embonpoint exagéré empêcha toute palpation valable; 2 fois on ne sentait rien.

---

[1]) Cette statistique est arrêtée au 1er Septembre 1910.

Le seul signe clinique de primordiale importance a été l'hématurie qu'on note dans 7 cas. Elle manqua dans les 4 autres cas.

Le poids des reins cancéreux a été respectivement de 1315 gr., 670 gr., 480 gr., 440 gr. et 190 gr.

Les 8 cas où nous sommes intervenus, 7 fois par néphrectomie lombaire sus-capsulaire et 1 fois par néphrectomie parapéritonéale (voie de Grégoire) nous ont donné 7 guérisons totales et une mort survenue quelques heures après, chez un enfant de 5 ans atteint d'un énorme sarcome fuso-cellulaire (voie latérale).

Des 7 guérisons immédiates, nous savons dès maintenant que 4 malades qui s'étaient très bien rétablis sont morts, 3 malades 8 mois après et un autre 6 ans après, avec albuminurie du rein restant.

A. Formes histologiques.

Leur étude a été faite par M. le Dr. Beauvy, Chef de Laboratoire à l'Hôpital d'Urologie et son importance légitime que nous mentionnions ici ces différentes formes anatomo-pathologiques intéressantes.

1. Epithéliome alvéolaire à cellules claires.

La tumeur est formée de cellules dont le contour seul retient la couleur des réactifs. Le noyau est central, arrondi, de petit volume; les cellules sont pour la plupart cubiques, sans forme constante, à facettes aplaties par contact réciproque; au voisinage des travées conjonctives, beaucoup de ces cellules sont allongées, cylindriques et constituent un revêtement en palissade. Les cellules sont groupées en masse que divisent des cloisons de tissu conjonctif à type adulte renfermant des vaisseaux sanguins. La partie conjonctive de la tumeur est peu importante par rapport à la masse épithéliale. Beaucoup de parties de la tumeur sont infiltrées de sang extravasé, beaucoup sont nécrosées, se colorant mal par les réactifs. Dans l'ensemble, la tumeur par ses cellules claires, par ses cloisonnements, par ses dégénérescences, ressemble d'une façon frappante à l'épithéliome séminal du testicule. Le groupement des cellules étant alvéolaire, il est difficile de rattacher l'origine de cette tumeur aux tubes contournés ou à des inclusions surrénales; cette dernière hypothèse semble la plus vraisemblable, à cause de la morphologie des cellules (hypernéphrome).

2. Sarcome fuso-cellulaire.

La tumeur est formée de cellules volumineuses présentant des aspects variables suivant leur orientation. Sectionnées parallèlement, elles apparaissent allongées dans le sens de la cellule. Le protoplasma retient très faiblement l'éosine. Aucun faisceau conjonctif, ni aucun vaisseau adulte ne se voit dans la tumeur, que quelques artérioles englobées, situées à la périphérie; partout

ailleurs le sang circule dans des fentes bordées les unes de cellules fusiformes, les autres de cellules rondes appliquées directement contre les précédentes. Dans la zone d'envahissement, les éléments du rein sont d'abord tassés puis sont noyés en masse indivise à structure embryonnaire prenant fortement l'éosine. La tumeur, qui tranche par sa couleur pâle, ronge cette barrière, par accroissement de sa masse sans s'infiltrer par faisceau.

3. Sarcome à petites cellules avec points adénoïdes.

La tumeur est formée de cellules ovoïdes, à contour protoplasmique indistinct, à noyau très volumineux et fortement coloré. Les éléments sont tassés les uns contre les autres sans ordre, sauf en certains points où ils prennent une ordination adénoïde; palissade d'éléments allongés délimitant des cavités de faible dimension. Le même aspect en palissade se répète en certains points autour d'axes conjonctivo-vasculaires, d'où aspect de papilles. Ces points rappellent l'aspect de la zone corticale d'un rein de fœtus. La tumeur renferme de nombreuses travées conjonctivo-vasculaires de tissu adulte, pauvre en éléments cellulaires. Cette tumeur se rapproche donc d'un sarcome par l'aspect de ses cellules, elle s'en éloigne par les points adénoïdes et papillaires, et par le caractère adulte de ses vaisseaux, l'appellation de sarcome globo-cellulaire ne convient donc qu'avec des réserves. (L'appellation la meilleure serait peut-être tumeur mixte embryonnaire.)

4. Epithéliome d'origine rénale.

La tumeur est formée de tubes de cellules à gros noyau, très différents de taille, à protoplasma peu visible. De place en place existent des cavités à parois flexueuses, recouvertes d'un épithélium cubique.

Le tissu conjonctif, peu abondant est de type adulte, et est par place infiltré de petites cellules inflammatoires. La tumeur présente des zones de nécrose réparties irrégulièrement.

La partie du rein qui paraît saine à l'œil nu est en réaction manifeste: état cubique des épithéliums et infiltration interstitielle.

5. Hypernéphrome (Epithéliome papillaire à points adénoïdes).

La masse est formée de cellules polygonales irrégulières, à protoplasma granuleux, teinté par l'éosine, à noyaux variables, quelques-uns géants.

Ce qui est remarquable, c'est la répartition périvasculaire en certains endroits : autour de quelques vaisseaux existe un revêtement complet de cellules hautes, qui par leur forme diffèrent des autres cellules, lesquelles sont au contraire arrondies. Ces cellules sont séparées de la lumière vasculaire par une paroi conjonctive plus ou moins mince.

Les vaisseaux sont en nombre énorme; la plupart ont des parois épaisses, en dégénérescence hyaline; en certains points, les parois vasculaires présentent des infiltrations calcaires.

Entre les vaisseaux existent de nombreuses infiltrations hémorragiques.

En somme, tumeur à orientation périvasculaire, analogue aux angiosarcomes de Paoli, périthéliomes etc.

6. Epithéliome papillaire à stroma myxomateux.

La tumeur présente en différents points des aspects différents: Tantôt cavités avec végétations papillaires assez minces, formées de stroma conjonctif adulte, dense, et d'un épithélium cylindrique.

Tantôt pavage de papilles juxtaposées, de volume assez notable, écrasant entre elles l'épithélium dont les 2 couches juxtaposées et aplaties deviennent peu distinctes. En ces points, le stroma, teinté en bleu de lin par l'hématéine-éosine, est peu dense, infiltré de substance mucoïde, comme myxomateux.

Certaines régions dans lesquelles le stroma tout en étant muqueux laisse de la place pour les cellules épithéliales, ressemble d'une façon frappante à du placenta.

La partie noire au centre de la coupe est un hématome (v. fig. 1).

B. Symptomatologie.

En laissant de côté la cause elle-même de la tumeur qui nous échappe, sans qu'on puisse avec valeur faire intervenir les questions d'hérédité ou de milieu, nous ne pouvons nous rabattre que sur la symptomatologie, qui, malheureusement reste bien floue même pour ce qui est du symptôme hématurie.

Et d'abord, l'absence de douleur est à peu près un des meilleurs signes.

De même la perception d'une tumeur sous-costale et à contact lombaire serait de première valeur dans l'élaboration du diagnostic, mais cette tumeur peut ne pas exister quand on a affaire à une évolution polaire supérieure, thoracique avec rein haut situé comme j'ai eu occasion d'en observer un cas rapporté à l'obs. XVII de mon **Atlas**[1]) où il y avait même adhérence au diaphragme.

L'Hématurie est également un symptôme de première valeur, mais là encore elle peut manquer comme chez quatre de nos malades. Par contre, la présence d'une tumeur rénale avec hématurie fait immédiatement oublier la vessie et précise le diagnostic, surtout si l'on trouve des caillots longs et vermiformes. J'ai vu deux fois de ces caillots allongés et décolorés que des pharmaciens m'avaient apporté avec le diagnostic probable de strongle géant, dont un cas récent. Je n'eus pas de peine à faire un diagnostic rétrospectif facile.

Les caractères de cette hématurie sont en général très précis; c'est d'abord une hématurie spontanée, survenant sans cause et sans raison, de préférence le matin au réveil, et même la nuit. En outre, c'est une hématurie noire par opposition aux hématuries rosées des tuberculoses ou des calculoses

---

[1]) F. Cathelin, Atlas d'anatomie pathologique chirurgicale urinaire. 50 planches avec texte. Chez Paulin et Cie libraire, 21 rue Hautefeuille Paris. 30 F.

rénales. Une de mes malades urinait, me disait-elle, comme de l'encre. Enfin, c'est une hématurie profuse, à opposer aux autres hématuries discrètes de la tuberculose ou du calcul, mais moins peut-être que dans les cancers de vessie.

Ce qui a par dessus tout une grande valeur, c'est l'âge des malades. Il est évident qu'après cinquante ans, on ne pensera pas à une tuberculose et en général, presque tous les malades que j'ai opérés, avaient dépassé la cinquantaine. Je fais abstraction bien entendu des sarcomes géants de l'enfant comme j'ai eu occasion d'en opérer un de 1.315 gr. chez un garçon de cinq ans.

En définitive, quand chez un malade qui a dépassé la cinquantaine, on observe des hématuries noires et profuses survenant sans cause, avec une tumeur rénale, le diagnostic de cancer du rein s'impose, surtout si les urines sont absolument limpides en dehors des périodes hématuriques et que la malade n'aie pas de cystite.

Par contre, quand il n'y a pas d'hématurie le diagnostic avec l'hydronéphrose fermée peut être assez difficile. J'ai commis la faute dans un de mes cas.

La constatation du varicocèle à droite à évidemment une valeur qu'on aurait tort de négliger, abstraction faite de la cause qui a produit le varicocèle, que la veine spermatique soit comprimée par la tumeur elle-même ou par les ganglions latéro-vertébraux.



Fig. 1. Epithéliome papillaire à stroma myxomateux.
Néphrectomie lombaire. Guérison.
(La partie noire au centre de la coupe est un hématome.)

Pour ce qui est de la cystoscopie, on se rappellera que, tandis qu'il faut la faire dans les tumeurs de vessie en période de non-hématurie pour y voir bien clair, il faut ici au contraire, la faire en période d'hématurie pour qu'on puisse déceler par quel uretère s'échappe le sang.

Par contre, les moyens d'exploration, en général si puissants dans notre chirurgie ont ici une valeur moindre. Cela tient à ce que ces reins cancéreux produisent encore un taux d'urée très appréciable, souvent peu différent de celui du rein sain. C'est qu'en effet, il n'y a pas forcément ici, comme dans l'hydronéphrose parenchymateuse ou dans les tuberculoses caverneuses une destruction de la substance noble du rein mais souvent une compression ou un refoulement, un demi-étranglement. Il y a plus hyperplasie que hypoplasie. C'est une lésion destructive par excès plus que par défaut.

C. Division des urines.

Cette épreuve s'impose ici plutôt pour s'assurer de la présence de l'autre rein[1]) que de sa virginité, car il est de règle que le rein adelphe, même atteint de légère albuminurie transitoire, reste sain.

Sur nos 11 cas nous avons eu recours 6 fois au cathétérisme urétéral unilatéral du côté malade, 2 fois à la division endovésicale avec le Cathelin, 2 fois à la division exovésicale avec le Downes, 1 fois, il n'y eut aucune exploration préalable, l'enfant ayant 5 ans.

Nº d'ordre	Côté malade	Urines totales		R D		R G	
		Urée	Chlorures	Urée	Chlorures	Urée	Chlorures
1	G	5 gr. 124	4 gr. 20	17 gr. 93	11 gr. 50	—	—
2	D	23 gr. 05	5 gr. 10	14 gr. 09	2 gr. 15	20 gr. 49	3 gr. 50
3	D	28 gr. 18	9 gr. 10	16 gr. 65	10 gr. 25	24 gr. 33	13 gr. 10
4	D	29 gr. 46	3 gr. 10	8 gr. 96	3 gr. 30	16 gr. 65	6 gr. 10
5	D	—	—	10 gr. 40	6 gr. 30	14 gr. 30	9 gr. 50
6	D	25 gr. 62	8 gr. 75	3 gr. 84	—	10 gr. 24	12 gr. 50
7	G	25 gr. 62	7 gr. 15	21 gr. 77	11 gr. 50	—	—
8	G	23 gr. 45	6 gr. 80	22 gr. 82	8 gr. 20	2 gr. 77	2 gr. 10
9	G	20 gr. 49	6 gr. 10	12 gr. 10	9 gr. 60	—	—
10	G	—	—	21 gr. 77	1 gr. 50	19 gr. 21	0 gr. 87

Le tableau précédent montrera quels ont été les chiffres comparatifs d'urée et de chlorures (au litre) des urines totales et des urines divisées. On pourra ainsi se rendre compte que le rein cancéreux peut encore parfaitement fonctionner, même quand on n'observe plus, macroscopiquement parlant, que quelques centi-

[1]) Lire Le Rein unique dans mon livre des Méthodes modernes d'exploration chirurgicale de l'appareil urinaire. Un volume de XII-400 pages et 100 figures chez Paulin et Cie libraires, 21 rue Hautefeuille Paris. 20 F.

mètres cubes de tissu sain, ce qui s'explique par ce fait que les éléments anatomiques, au lieu d'être irrémédiablement détruits comme dans la tuberculose caverneuse, sont simplement comprimés et étranglés, ainsi que nous l'avons dit.

D. Technique opératoire.

C'est toujours à mon avis par la voie lombaire qu'il faut enlever ces tumeurs, même les plus grosses.

Celles qui ont été enlevées par la voie antérieure, transpéritonéale l'ont été plus par des chirurgiens généraux que par des chirurgiens spécialisés et souvent aussi par erreur de diagnostic ou par incertitude. Leur pronostic est évidemment plus grave. Par la voie lombaire au contraire, et à condition d'employer l'incision curviligne lombo-iliaque de Guyon, on peut enlever, sans faire une grande brèche les tumeurs les plus grosses en prolongeant son incision très en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure et fût-on embarrassé qu'on aurait toujours la facilité de recourir à la voie latérale sous-péritonéale dont Grégoire s'est fait en France depuis sa thèse, l'ardent défenseur; il ne faut toutefois y recourir qu'en cas de nécessité car elle est plus mutilante que l'autre.

La décortication est toujours très saignante mais comme on l'a dit pour les hémorragies des néphrostomies calculeuses „c'est une pluie d'orage"; pour paraphraser un mot célèbre de Maisonneuve, nous dirons: „quand le rein est enlevé, l'hémorragie s'arrête" et cette décortication du rein peut se faire avec un peu d'habitude très rapidement, en quelques secondes ou en quelques minutes. Une fois le rein sorti de sa loge, il sera tout loisible de faire une compression avec un grand clamp pendant les manœuvres de pédiculisation.

Ce pédicule est en général toujours facile à faire car il n'y a pas de périnéphrite ni corticale, ni hilaire, comme dans la calculose par exemple.

Je conseille de recourir surtout ici à la forcipressure fragmentée du hile dont j'ai donné autrefois la technique[1]) et non à l'usage du clamp, qui fait faire des pédicules trop gros. On liera vaisseaux par vaisseaux.

Il s'agit en somme d'une opération simple, quand elle est faite par la voie lombaire.

E. Avenir des cancéreux néphrectomisés.

Les récidives sont évidemment la règle, mais tout dépend de la variété de la tumeur, d'autant plus grave qu'on s'éloigne de la forme première dans la progression suivante: adénome, adéno-fibrome, épithéliome et formes mixtes, sarcome fuso-cellulaire, sarcome globo-cellulaire à cellules claires, carcinome.

J'ai opéré un adéno-épithéliome qui a vécu plus de 6 ans.

D'ailleurs deux raisons plaident en faveur des guérisons possibles de la cancérose rénale; c'est d'une part l'encapsulement assez parfait de la tumeur,

[1]) V. F. Cathelin, Conférences cliniques de chirurgie urinaire. Un petit volume de 285 pages et 94 figures chez Paulin libraire, 21 rue Hautefeuille Paris. 5 F.

sans tractus, ni ramifications périphériques, comme le prouve la mobilité générale de ces tumeurs, toute entière sous l'albuginée, et d'autre part la fréquence moins grande de ganglions.

Toujours est-il que j'attache une grande valeur, après l'acte opératoire, et sur les conseils de Jaboulay à faire prendre au malade quotidiennement un cachet de 0 gr. 25 de quinine. Je me suis très bien trouvé depuis 6 à 7 ans de l'emploi systématique de ce produit dans tous les cancers, quels qu'ils soient.

* * *

En résumé, la cancérose rénale est une affection dont le diagnostic est assez facile pour des yeux avertis et qui au point de vue chirurgical ne comporte pas le pronostic décevant des tumeurs de vessie, comme nous le verrons.

Le cancer du rein n'est donc pas comme son congénère de la vessie un noli me tangere chirurgical. Il s'agit le plus souvent de tumeurs très enlevables, assez facilement, et dont le pronostic, bien que grave, est encore meilleur que celui donné par la thérapeutique des bras croisés.

II. Cancérose vésicale.[1])

J'ai eu l'occasion d'observer 22 cas de tumeur vésicale cancéreuse.

L'âge a varié de 29 à 75 ans, la moyenne étant de 60 à 65 ans environ.

Nous relevons 18 hommes contre 4 femmes ce qui donne évidemment une certaine valeur à la théorie de Klebs des cancers vésicaux d'origine prostatique.

Sur les 18 hommes, nous relevons 14 fois l'hématurie comme symptôme capital.

Sur ces 18 cas, nous trouvons la prostate dure, c'est-à-dire suspecte, dans 9 cas seulement.

La tumeur siégeait à la cystoscopie, 3 fois sur le bas-fond, 8 fois dans la corne latérale gauche, 9 fois dans la corne latérale droite.

Comme grosseur, 4 fois elle était du volume d'une noisette, 3 fois plus grosse, énorme, 6 fois plus petite.

Comme aspect, dans 3 cas elle avait, bien qu'à insertion large, l'aspect villeux et 9 fois l'aspect mamelonné, lobulé et grumeleux.

En dehors de cas très rares, les taux d'urée restent bons et montent au litre au delà de 12 et 15 gr.

Au point de vue opératoire, je suis intervenu dans 5 cas qui me donnèrent 4 guérisons avec 3 morts tardives et une guérison se maintenant au 6me mois.

---

[1]) Je laisse à dessein de côté la cancérose urétérale, très rare. Il s'agit surtout de polypes villeux multiples propagés du bassinet dans l'uretère ou de l'uretère dans la vessie. Il s'agit donc d'une chirurgie mitoyenne qui nous fait retomber dans les cas précédents.

Polypes villeux en Dégénérescence cancéreuse.

A ces cancers typiques d'évolution et d'aspect cystoscopique, je dois ranger 5 autres cas où il s'agissait de polypes multiples ou récidivés, véritablement maladie polypeuse, primitivement à la frontière des tumeurs bénigne et maligne et qui dégénèrent pour ainsi dire toujours en cancer, même et surtout après l'intervention.

Il s'agit de 4 hommes de 42, 57, 36 et 58 ans, et d'une femme une première fois opérée par moi de papillome d'aspect bénin et qui dégénérèra sous forme de cancer.

L'un d'eux, le plus jeune est mort, après 2 opérations itératives en pleine dégénérescence cancéreuse à marche rapide.

Deux d'entre eux en particulier qui n'avaient au début qu'un tout petit polype, que j'enlevai, en ont aujourd'hui plein la vessie et c'est à peine si le cystoscope dont le prisme est caché de toutes parts, montre quelque chose, dans cette forêt de fougères flottantes.

Statistique ancienne.[1]

Je relève 3 cas de cancer dont 1 taillé est mort plusieurs mois après et 2 cas de papillomes villeux diffus.

En résumé, ceci porte notre statistique intégrale à 32 cas de tumeur vésicale (polypes exceptés) primitive ou secondaire. Tous les cas de cancers francs opérés sont morts et tous les cas à diagnostic certain, cystoscopique, soignés à la consultation externe de l'Hôpital d'Urologie, comme nous le dirons plus loin sont tous vivants, à l'exception d'un seul qui sur des conseils d'ordre non médical fut opéré pendant les dernières vacances à l'Hôpital Necker où il mourut tout de suite après.

Cette étude nous conduit aux quelques réflexions suivantes:

1. Fausses tumeurs vésicales.

Il s'agit le plus souvent de maladies à franges comme les tumeurs tuberculeuses ou granulomes végétants et encore les tumeurs inflammatoires venant de sondages septiques ou par grande infection (fumure).

Je citerai en particulier l'observation des 2 malades de vingt et de trente-six ans, chez lesquels le cystoscope nous avait montré toute une zone verru-

---

[1]) Dans un cas, j'ai eu l'occasion d'observer un petit fibrome vésical, dont l'examen histologique fut confié à M. Herrenschmidt, chef de laboratoire à la Faculté, qui me remit la petite note suivante:

„Pas d'épithélium de revêtement reconnaissable. Tissu conjonctif hyalin déchiré par-ci „par-là de lacs hémorragiques interstitiels et troué de quelques lacunes dans lesquelles on „ne trouve jamais d'hématies, mais des globules blancs en assez grand nombre. Les cellules „propres de ce tissu sont irrégulièrement disséminées dans la substance conjonctive et forment autour des lacunes des couches concentriques. En certains points, il y a des accumu- „lations de petites cellules rondes très serrées qui rappellent l'aspect d'un tissu lymphoïde. „Conclusion: Petit fibrome avec dégénérescence hyaline du stroma conjonctif."

queuse au niveau du bas-fond vésical et simulant à s'y méprendre une tumeur ordinaire de la vessie. En outre il y avait des hématuries et aucun degré de cystite. En réalité, il s'agissait d'une variété de tuberculose à forme hypertrophique, comme semblent le prouver les suites de l'opération: ces deux malades conservèrent seuls une fistule hypogastrique; chez l'un deux on vit évoluer d'autres lésions tuberculeuses qui l'obligèrent après trois à quatre mois à garder le lit et son état empira, mais tous deux virent la disparition de leurs hématuries. Je crois donc qu'il faut, non seulement être sobre d'interventions dans des cas semblables mais encore qu'il faut bien les distinguer des vrais tumeurs cancéreuses. On pensera à la tuberculose quand l'état général sera déficient, quand il y aura des bacilles de Koch à l'examen direct ou aux inoculations, quand enfin il s'agira d'un malade jeune.

2. Aspect morphologique.

Les classifications ont varié avec les auteurs. Je crois cependant qu'on peut diviser les différentes formes cliniques et cystoscopiques de tumeur maligne d'après la forme en: Forme champignonneuse,
Forme en surface;
d'après l'aspect en: Forme grumeleuse (framboise),
Forme lobulée,
Forme villeuse dégénérée (à franges faibles),
Forme cretacée (quand il y a des concrétions phosphatiques périphériques).

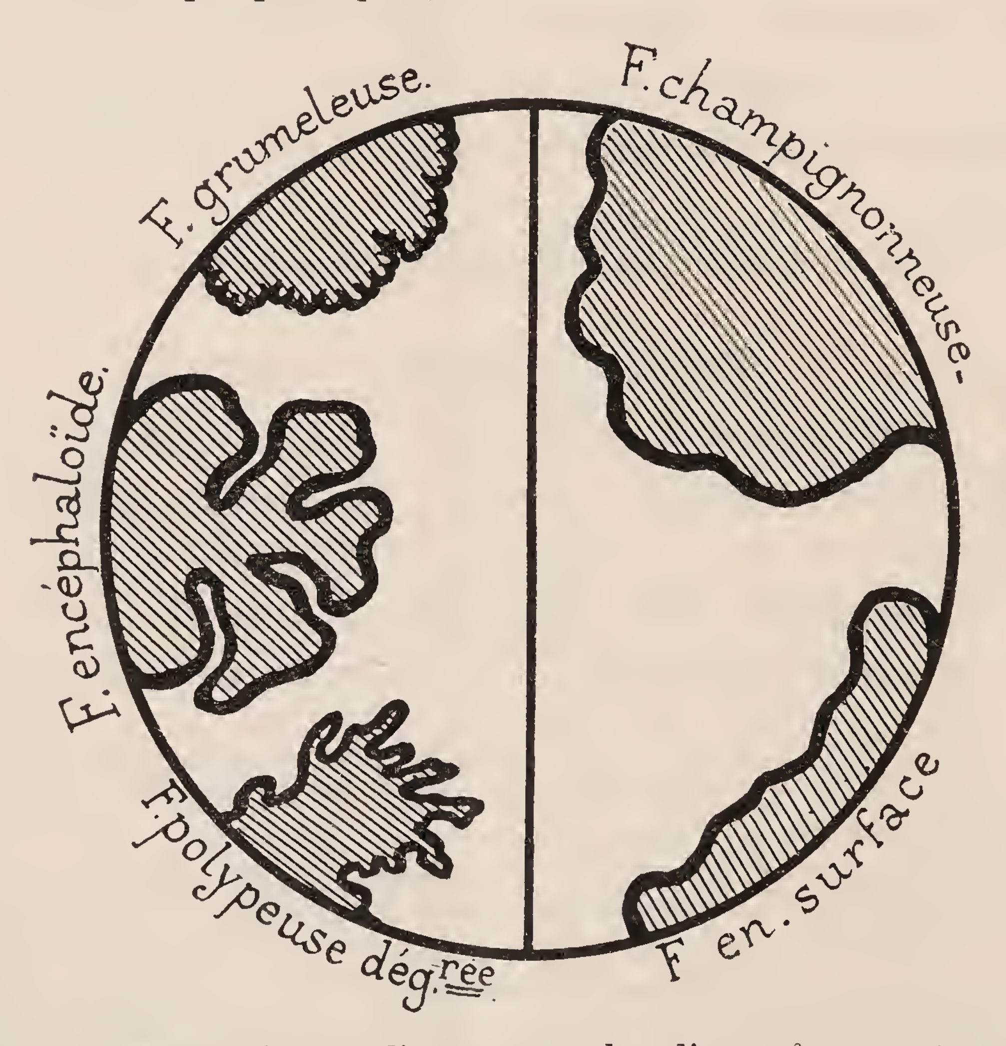


Fig. 2. Classification de l'auteur sur les divers formes et aspects des tumeurs cancéreuses de vessie.

3. Propagations ganglionnaires à distance.

Pour ce qui est des propagations ganglionnaires à distance dans les tumeurs de vessie, l'un de mes assistants, le Dr. Grandjean, qui, en se basant sur l'étude nouvelle des lymphatiques par Cunéo et Marcille, a fait un remarquable travail sur ce sujet, arrive à ces conclusions: 1) L'infection ganglionnaire se fait toujours, sauf de très rares exceptions, dans les mêmes ganglions pour une même portion de la muqueuse vésicale et suivant les rapports bien décrits par Cunéo et Marcille entre les différentes régions vésicales et les groupes ganglionnaires auxquels se rendent les vaisseaux de ces régions; 2) ces adénopathies ont été assez souvent senties à l'examen clinique même en dehors des cas de carcinose prostato-pelvienne; 3) ces engorgements sont beaucoup plus fréquents que ne le signalent les auteurs.

4. Faillite opératoire.

J'ai étudié à la première séance de la Société des Chirurgiens de Paris[1]) les conditions d'intervention dans les tumeurs de la vessie et je suis arrivé à cette conclusion que les résultats étaient absolument décevants et qu'il fallait proscrire cette opération du cadre chirurgical urinaire.

Pour ce qui est des polypes, il y a presque toujours récidive et j'ai observé personnellement des cas qui étaient crus et catalogués guéris par les premiers opérateurs alors que le malade était en récidive, et même en récidive cancéreuse.

Je puis donc affirmer que dans plus de la moitié des cas il y a récidive[2]), ce qui donne à penser que dans ces cas particuliers, l'ablation par les voies naturelles avec l'anse du cystoscope opérateur de Nitze[3]) reste le procédé de choix.

Par contre cette méthode ne doit jamais être employée pour les cancers, même en simple attouchement thermique, à cause des poussés de fièvre inquiétantes.

Pour ce qui est des cancers et comme cela semble bien ressortir du rapport très lumineux que nous a fait Rafin au Congrès d'Urologie d'Octobre 1907, la récidive et la mort étant presque la règle à brève échéance, mieux vaut s'abstenir, d'autant plus qu'on obtient d'excellents résultats par les seuls soins locaux, ce qui donne encore plus de poids à ce que j'écrivais il y a 2 ans dans mon petit livre des Conférences cliniques: „En attendant le sérum curateur, „contentons nous donc, disais-je, de répéter que le cancer est l'opprobre de la „chirurgie et qu'en particulier un cancéreux de la vessie vit plus longtemps sans „opération qu'opéré: Primo, non nocere.“

---

1) Paru dans le n° 1 du Paris-Chirurgical 1909 Maloine.

2) Récidives que n'ont pu déjouer ni les applications de radium, ni les exérèses totales, comme la pénible opération de la résection totale de la vessie, ni même les résections partielles.

3) Et non avec le cystoscope à vision directe dont le seul rôle est le cautérisation chimique des ulcérations vésicales.

Je n'ai pas varié d'opinion depuis et voici 3 ou 4 ans que je n'opère plus les tumeurs de vessie assez fréquentes que je rencontre, sauf dans le cas tout particulier où des portions de tumeur envahissant le col créent la rétention et les douleurs si vives, quelquefois terribles, d'expulsion, mais ce sont là des cas très spéciaux.

En dehors d'eux, j'estime que dans un avenir très proche, ce sera presque une faute que d'ouvrir une vessie pour tumeur.

5. Soins médicaux et locaux en usage à l'Hôpital d'Urologie chez les cancéreux vésicaux.

Devant cet insuccès des méthodes chirurgicales, nous avons pensé à obtenir des soins purement locaux le maximum de rendement et voici la technique à laquelle nous nous sommes arrêtés et dont nous retirons d'excellents résultats :

— Dans les vessies cancéreuses à fortes hématuries avec caillots, nous lavons au sérum physiologique très chaud à 38^0 et même 45^0, pour éviter de faire l'aspiration des caillots, deux et trois fois par jour.

— Dans les vessies cancéreuses à hématuries sans caillots, nous lavons avec l'antipyrine à $^1/_{50}$, très chaud, matin et soir.

— Dans les vessies cancéreuses à hématuries discrétes, nous lavons à l'eau bouillie, puis nous faisons immédiatement après une instillation de sublimé à $^1/_{10\cdot000}$ sans alcool, tous les matins.

— A l'intérieur, nous ordonnons, sur les conseils de Jaboulay la quinine à doses fragmentées, à la dose de 0 gr. 25 centigr. par jour pendant plusieurs mois.

III. Cancérose prostatique.

J'ai eu l'occasion d'observer 22 cas de cancers typiques de la prostate chez des hommes dont l'âge a varié de 53 ans (le plus jeune) à 82 ans.

J'ai relevé la blennorragie dans les antécédents dans 13 cas sur 18 cas où on l'a recherchée.

Les malades sont venus consulter pour des difficultés d'uriner dans 4 cas, pour des phénomènes de cystite dans 5 cas, pour des hématuries dans 1 seul cas, pour de l'incontinence dans 1 cas, enfin pour une rétention dans 8 cas dont 2 fois une rétention complète.

L'état général est resté bon dans 10 cas sur 15 cas signalés; il était mauvais dans 4 cas dont alarmant dans 2 seuls cas sur 22.

La mensuration intravésicale de la prostate avec l'instrument de Cathelin, faite dans 5 cas a montré qu'en général il n'y avait pas de lobe médian dépassant $^1/_2$ centimètre, simple valvule ou barrière sans grande valeur morbide.

Les taux d'urée restent bons en général et sont même dans 6 cas très élevés. Trois fois seulement, ils sont tombés au dessous de 10 gr. $^0/_{00}$.

Carcinose prostato-pelvienne diffuse.

J'en ai observé, dans la seule pratique de l'Hôpital 5 cas très nets de 56, 64, 53, 54 et 52 ans. Comme on le voit, l'âge est relativement jeune par rapport aux carcinoses prostatiques pures.

Les 5 malades ont eu la blennorragie, il y a 25, 28, 30 et 38 ans et ils vinrent consulter pour une rétention, une hématurie, une difficulté d'uriner, une douleur à la miction et enfin une cystite intense avec rétention.

1. Réflexions cliniques.

Tout le diagnostic de la cancérose prostatique et de la cancérose prostato-pelvienne diffuse (Guyon) repose entièrement, en l'état actuel de nos connaissances sur le toucher rectal et sur la finesse de la palpation.

Or si nous étudions nos 22 cas de carcinose pure d'un peu plus près, nous voyons que les caractères primordiaux de dureté et d'irrégularités, ont varié dans la proportion suivante:

8 fois la carcinose est simplement caractérisée par une induration totale de la glande, petite, et même d'une dureté extraordinaire dans 3 cas;

9 fois la prostate est dure avec de petits noyaux;

6 fois la prostate est dure avec de gros noyaux.

Il faut donc bien insister sur la forme de ces noyaux, sorte de nouures qui viennent créer toute une série d'irrégularités qui sont un des caractères du cancer de la prostate.

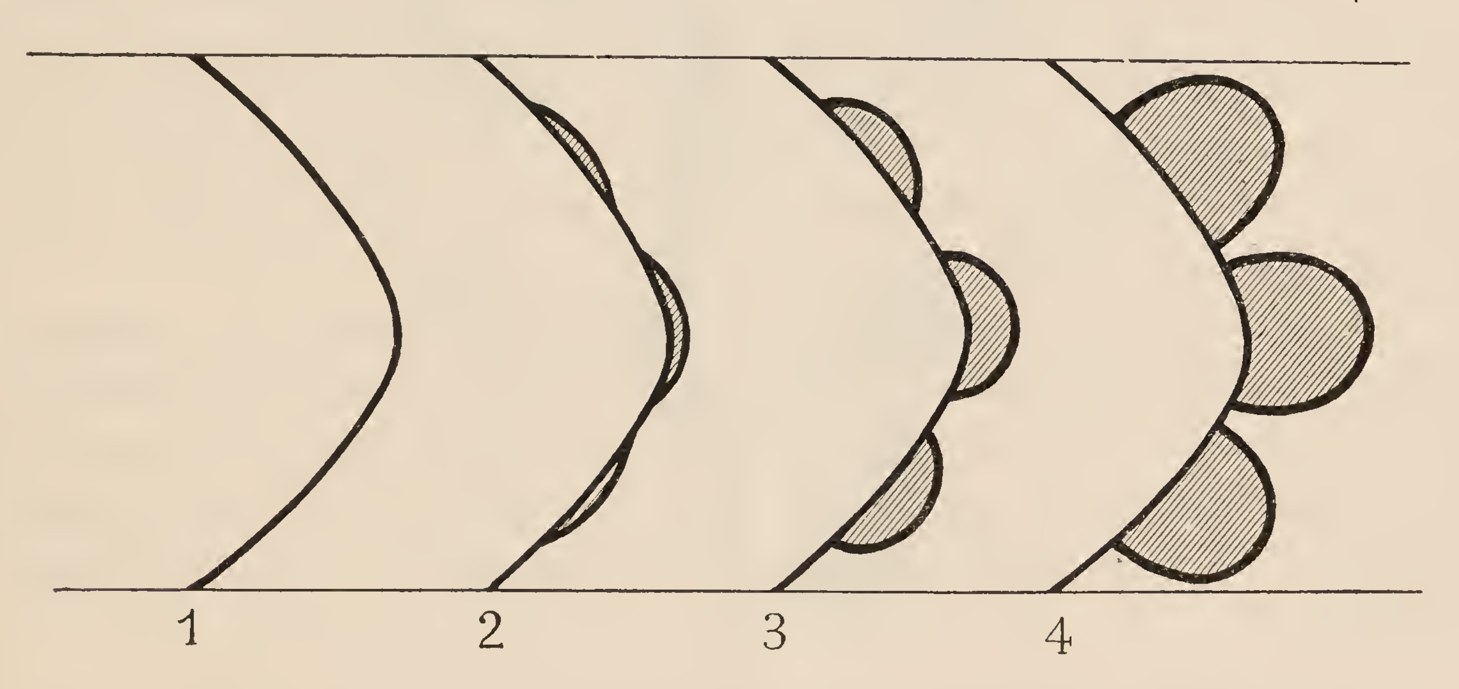


Fig. 3. Aspect extérieur de la prostate d'après les maladies.

Le schéma ci joint montre bien cette évolution croissante des noyaux prostatiques:

le n° 1 représente la surface lisse d'une prostate normale ou d'une hypertrophie prostatique adénomateuse franche.

le n° 2 représente les boursouflures de la prostate simple d'origine urétrale (lentille).

le n° 3 représente les noyaux encore petits de la tuberculose prostatique (pois).

le n° 4 représente les gros noyaux de la cancérose prostatique (noisette).

En général quand la prostate est simplement dure, elle est petite et même plate; au contraire elle fait bien saillie, sans être énorme, quand il y a des noyaux.

Par contre dans la forme diffuse, ou en cuirasse, ou en plastron de carcinose prostato-pelvienne, il y a induration totale d'une branche ischio-pubienne à l'autre mais en général sans noyaux.

Le pronostic de cette cancérose prostatique n'est pas mauvais et ne comporte pas l'échéance assez rapide et fatale de la cancérose vésicale infectée. Ce sont, s'il est permis d'associer ces deux mots de bons cancers, peut-être parce qu'ils n'attaquent pas un organe vital comme l'estomac et on ne peut nullement les comparer à la gravité des cancers de l'œsophage ou du pylore. Ils tiennent le milieu comme pronostic opératoire entre les cancers du sein et du rein.

Ce sont des cancers qui évoluent lentement, très lentement, à forme squirrheuse le plus souvent d'où leur gravité moindre.

2. Réflexions opératoires.

Je m'élève tout à fait contre les exérèses pratiqués en Amérique surtout, contre le cancer de la prostate, d'abord parce que nous rentrons ici dans la thérapeutique générale du cancer, assez décevante et surtout parce qu'on ne peut faire ici d'exérèse par plan de clivage comme dans l'hypertrophie adénomateuse. Il faut donc recourir aux ablations larges et totales avec section de l'urètre, section vésicale préurétérale, cystorraphie partielle et abouchement secondaire termino-terminale urétro-vésicale, le tout par la voie périnéale.

Ce sont là des opérations très traumatisantes que ne justifie ni l'état des malades ni ce que nous savons maintenant de l'évolution des cancers prostatiques.

Le mal qu'on se donne n'est nullement récompensé par le succès de l'opération et vraiment je n'hésite pas à dire que ces interventions doivent être classées parmi les techniques d'amphithéâtre ou technique d'apprentissage, mais non dans les techniques utiles et courantes.

La thèse de notre collègue Hallopeau, si consciencieuse cependant n'a justement pas trouvé d'écho en France et il est remarquable que beaucoup des morts survenues à la suite de prostatectomies transvésicales ou encore la plupart des opérations de ce genre très laborieuses viennent de ce que le diagnostic a été erroné et qu'en réalité il s'agissait d'hypertrophies en voie de dégénérescence.

IV. Cancérose pénienne.

Il ne nous reste plus pour être complet qu'à signaler 3 cas personnels de cancer du pénis observés dans ces 3 dernières années.

Il s'agissait d'une forme végétante dans un cas et d'une forme indurée dans les 2 autres cas, méatique dans l'un, profonde dans l'autre.

Les 3 malades subirent l'amputation de la verge et guérirent.

L'un d'eux mourut 3 ans après de congestion pulmonaire au cours des grandes inondations de Paris, sa maison étant envahi par les eaux. C'est ce malade dont j'ai publié l'observation autrefois avec le Dr. Beauvy et dont des masses ganglionnaires inguinales énormes disparurent quelques semaines après l'intervention, montrant ainsi leur caractère inflammatoire.

Considérations relatives à ces cas.

Le cancer du pénis, en l'état actuel de nos connaissances est justiciable de la seule amputation d'après la technique de Guyon-Pousson.

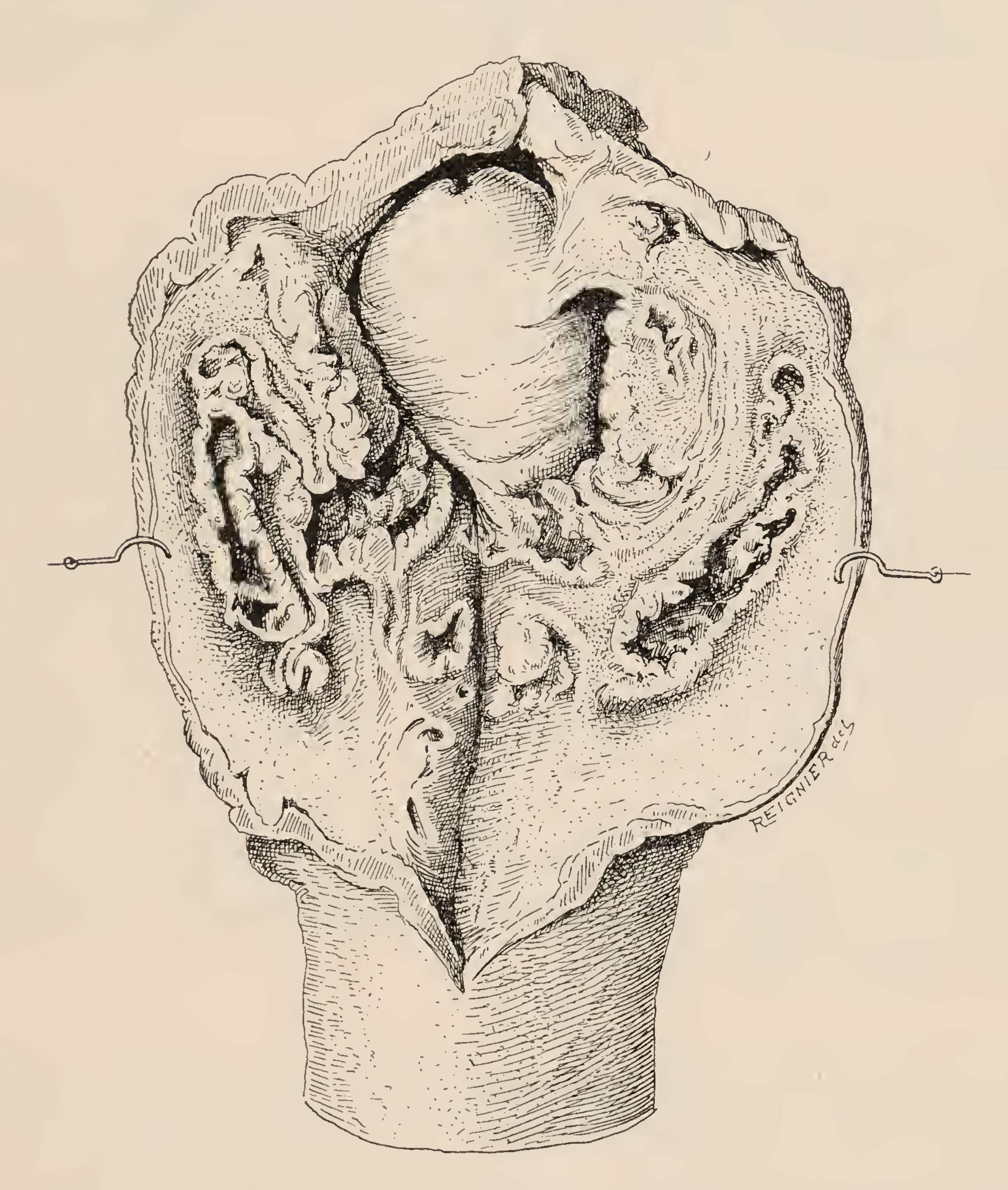


Fig. 4. Cancer malpighien du pénis (Cathelin et Coyon) chez un phimositique.

Dominici lui-même avec sa grande expérience repousse avec raison toute tentative d'application de radium et en particulier telle fut sa conduite dans le cas que nous dessinons ici et qu'il eut l'occasion de voir.

Le diagnostic était d'ailleurs difficile car le malade était phimositique et

l'induration qu'il portait à la face supérieure de la verge avait même déjoué la perspicacité clinique du Prof. Guyon et du Prof. Gaucher.

Le malade guérit d'ailleurs sans incident après l'amputation.

* * *

En résumé, cette statistique personnelle[1] de 73 cas de cancérose de l'appareil urinaire, observés chez des malades qui tous ont été soigneusement étudiés nous montre que l'intervention, excellente en principe dans la cancérose rénale et pénienne est au contraire funeste et doit être proscrite dans la cancérose vésicale et prostatique, véritables noli me tangere chirurgicaux. Cette nocivité toute particulière vient surtout du fait qu'il s'agit de cavités infectées et notre conduite doit se borner à attendre le sérum curateur, parent du „606“, dont une seule injection pourra faire fondre la tumeur comme la neige au soleil!

Résumé.

M. le Dr. Cathelin apporte sa statistique personnelle de 73 cas de cancérose de l'appareil urinaire observés dans l'espace de 3 ans, la plupart dans son service de l'Hôpital d'Urologie.

Ces cas se décomposent ainsi: 11 cancéroses rénales, 32 cancéroses vésicales, 27 cancéroses prostatiques et 3 cancéroses péniennes.

Les premières et dernières ont nécessité 11 interventions avec 10 guérisons opératoires et 1 mort.

Les autres ont nécessité 6 opérations qui toutes se terminèrent par la mort rapide ou tardive.

Cathelin conclut à l'intervention systématique dans presque tous les cas de cancérose rénale et pénienne et à l'abstention systématique dans tous les cas de cancérose prostatique et presque tous les cas de cancérose vésicale.

Il se livre à propos de ces diverses cancéroses urinaires à toute une série de réflexions et considérations spéciales à la fois cliniques et opératoires, sur des points obscurs ou peu connus.

Cathelin berichtet über 73 eigene Fälle von Krebserkrankungen des Urogenitalsystems, die er in einem Zeitraum von 3 Jahren hauptsächlich auf seiner Abteilung im Hôpital d'Urologie beobachtet hat.

---

[1]) J'ai à dessein laissé de côté 3 cas de cancers du testicule, tout à fait intéressants et que nous ne ferons que signaler ici.

Il s'agissait dans un cas de tumeur mixte, ou un carcinome voisine à côté d'une maladie kystique de Cooper (ce qui a son intérêt pour l'étude comparée sur la parenté des tumeurs malignes et bénignes); dans un autre cas de tumeur myxomateuse paratesticulaire; dans un dernier cas enfin de tumeur mixte avec cartilage.

Diese Fälle verteilen sich auf 11 Nierenkarzinome, 32 Blasenkarzinome, 27 Prostata- und 3 Peniskarzinome.

Die Nieren- und Peniskarzinome machten 11mal chirurgisches Eingreifen nötig, und zwar 10mal mit Erfolg, 1 Todesfall.

Bei den anderen Fällen wurde 6mal operiert. In sämtlichen Fällen erfolgte der Tod sofort oder später.

Cathelin empfiehlt die Operation in fast allen Fällen von Nieren- und Peniskarzinom. Dagegen lehnt er prinzipiell ein chirurgisches Eingreifen bei allen Fällen von Prostatakrebs und fast allen Fällen von Blasenkarzinose ab.

Bei Besprechung dieser verschiedenen Krebserkrankungen des Urogenitalsystems stellt der Verfasser kritische Betrachtungen an namentlich über die Fälle, in denen die Symptome nicht klar waren oder zu falschen Schlüssen führten.

(Hamburger-Colmar i. E.)

Cathelin reports his conclusions from 73 own cases of carcinomatous affections of the genito-urinary organs, observed during a time of 3 years, mainly in his department of the "hôpital d'urologie".

Of these cases are 11 kidney carcinomata, 32 carcinomata of the bladder, 27 of the prostate and 3 of the penis.

In the cases of kidney and penis carcinomata a surgical intervention was considered necessary 11 times, ten times with good result, one death.

In the other cases six operations have been performed. In all cases death followed immediately or later on.

Cathelin concludes that an operation should be performed systematically in almost all cases of kidney and penis cancer. But he is emphatically against surgical intervention in all cases of carcinoma of the prostate and in almost all cases of bladder carcinoma.

The author reports these different cases of carcinomatous affections of genito-urinary organs and considers them critically clinically as well as surgically and especially as to the unclear and misunderstood symptoms.

(W. Lehmann-Stettin.)

Cathelin presenta la sua statistica personale di 73 casi di carcinoma del sistema urogenitale che egli nel periodo di tre anni ha osservato principalmente nel suo „Hôpital d'Urologie".

Questi casi comprendono 11 carcinomi del rene, 32 della vescica, 27 della prostata e 3 del pene.

I primi e gli ultimi casi richiesero 11 volte un atto operativo, 10 volte con successo, 1 volta con esito letale.

Negli altri casi egli operò 6 volte. In tutti casi la morte avvenne prima o dopo.

Cathelin conclude di operare sistematicamente tutti i casi di carcinoma del rene e del pene. Invece egli sconsiglia per principio l'operazione in tutti i casi di carcinoma della prostata e in quasi tutti quelli della vescica.

Descrivendo questi vari casi di affezioni carcinomatose del sistema urogenitale l'Autore fa considerazioni e critiche tanto dal lato clinico che da quello chirurgico, in quanto che i sintomi non sono evidenti o mal conosciuti.

(Ravasini-Triest.)

Cathelin сообщаетъ личную статистику 73 случаевъ раковаго заболѣванія мочеполовой системы, которые онъ впродолженіи 3-хъ лѣтъ наблюдалъ главнымъ образомъ въ завѣдуемомъ имъ отдѣленіи Урологическаго Госпиталя.

Эти случаи обнимаютъ 11 случаевъ рака почекъ, 32 случая рака мочевого пузыря, 27 случаевъ рака предстательной железы и 3 случая рака полового члена.

Первые и послѣдніе случаи 11 разъ потребовали хирургическаго вмѣшательства, причемъ послѣднее 10 разъ сопровождалось успѣхомъ, а въ одномъ случаѣ окончилось смертью больного.

Въ другихъ случаяхъ операція была произведена 6 разъ. Во всѣхъ случаяхъ наступила смерть или сейчасъ или позже.

Cathelin приходитъ къ заключенію, что почти во всѣхъ случаяхъ рака почки и полового члена слѣдуетъ систематически оперировать. Въ противоположность къ этому онъ принципіально отвергаетъ хирургическое вмѣшательство во всѣхъ случаяхъ рака предстательной железы и почти во всѣхъ случаяхъ рака мочевого пузыря.

При обсужденіи различныхъ случаевъ раковаго заболѣванія мочеполовой системы авторъ вдается въ критическое освѣщеніе ихъ какъ въ клиническомъ, такъ и въ хирургическомъ отношеніи, по скольку симптомы не ясны или ошибочно истолкованы. (Lubowski-Berlin.)

Buchdruckerei Julius Klinkhardt, Leipzig.